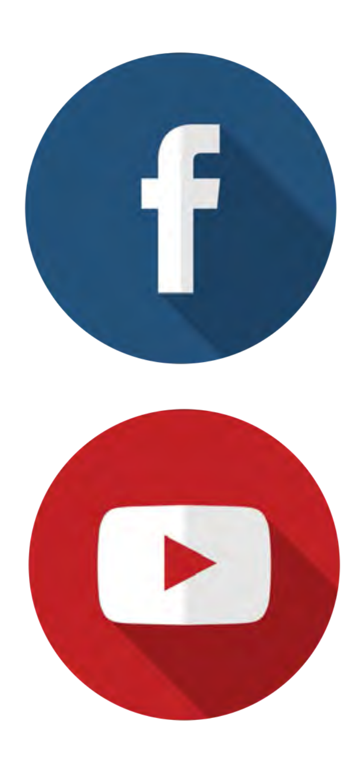
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

4ème ANNEE MEDECINE cours de microbiologie

Dr. HENNICHE **Novembre 2016**

Définitions – Généralités

- Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont des maladies infectieuses et contagieuses, dont les étiologies sont très diverses (bactéries, virus, parasites et champignons).
- La propagation se fait par contact sexuel non protégé. Elles affectent aussi bien les hommes que les femmes et peuvent même toucher le fœtus et le nouveau- né.
- Certaines IST peuvent également être transmises par voie sanguine (sida et hépatite B).

- L'organisation mondiale de la santé (OMS) recommande l'utilisation du terme d'infections sexuellement transmissibles (IST) plutôt que maladies sexuellement transmissibles (MST) pour prendre en compte les formes asymptomatiques.

- Il faut distinguer les IST des autres types d’infections du tractus génital qu’elles soient endogènes (vaginoses bactériennes et candidose vaginale) ou iatrogènes (germes introduits dans le tractus génital lors de procédures médicochirurgicales).
- La notion de rapport sexuel à risque et non protégé oriente vers une IST. Les principaux facteurs de risque sont :

✓ Précocité des rapports sexuels
✓ Multiplicité des partenaires
✓ Rapports non protégés
✓ Niveau socioéconomique faible

- On note une progression annuelle et régulière des IST dans le monde avec des formes d'associations ou coinfections, particulièrement syphilis/VIH et gonococcie/ VIH.
- D'après l'OMS, chaque jour, plus d'un million de personnes contractent une IST et 357 millions de cas d'IST surviennent chaque année dans le monde avec des conséquences qui engagent le pronostic fonctionnel (stérilité tubaire) ou vital (sida).

- Les IST peuvent avoir une expression clinique :
  - ✓ Variée: écoulement, ulcérations, douleurs
  - ✓ Limitée à la région génitale (infection génitale basse ou haute)
  - ✓ De localisation extragénitale (ulcération anale, oropharyngée)
  - ✓ Une expression clinique générale (VIH, VHB)
  - ✓ La porte d'entrée peut être orale, génitale ou anorectale.

- Les différentes IST sont généralement regroupées en différents signes et syndromes :
  - ✓ Urétrites (écoulement urétral)
  - ✓ Ulcérations génitales
  - ✓ Vaginites et cervicites (leucorrhées)
  - ✓ Orchiépididymites
  - ✓ Adénopathie inguinale
  - ✓ Syndromes inflammatoire pelvien (douleurs pelviennes)
  - ✓ Conjonctivite néonatale

- La démarche diagnostique et thérapeutique est basée sur un algorithme décisionnel pour ces différents syndromes. Le diagnostic est confirmé par des examens microbiologiques adaptés (examen direct, culture, PCR, sérologie….).
- Depuis le début de l’infection à VIH Sida, les infections sexuellement transmissibles ont connu un regain d’intérêt, parce que d’une part elles constituent des cofacteurs de celle-ci et que, d’autre part, leur prise en charge adéquate permet de réduire l’acquisition de l’infection à VIH/Sida.

Principales IST bactériennes

Gonococcie

- C'est une IST très transmissible, d'une gravité potentielle : complications locorégionales, néonatales et parfois septicémiques
- Agent pathogène : *Neisseria gonorrhoeae*, diplocoque à Gram négatif, strictement humain
- Clinique : Les symptômes, plus fréquents chez l'homme que chez la femme, surviennent après une période d'incubation silencieuse et contagieuse de 2 à 7 jours

- Chez l'homme :

- urétrite aigue avec des brulures mictionnelles, écoulement urétral purulent et dysurie

- prostatite : douleurs pelviennes ou périnéales, pollakiurie, brulures mictionnelles, dysurie, rétention urinaire aigue, fièvre, frissons

- Orchiépididymite (uni ou bilatérale) : lourdeur ou pesanteur scrotale, gros épididyme

- Chez la femme : infection asymptomatique dans 70% des cas (portage). La forme symptomatique la plus fréquente est la cervicite se manifestant par un col inflammatoire, présence de pus cervical et leucorrhées purulentes. D'autres formes peuvent exister salpingite ou endométrite.

- Dans les 2 sexes anorectite des cas. Elle peut se compliquer d'abcès périanaux et ischiorectaux ou de fistules anales.
- Localisation oropharyngée : asymptomatique dans 80% des cas
- Gonococcie disséminé : fièvre, arthrite, signes cutanés, méningite, endocardite, myocardite.
- Chez le nouveau-né : contamination possible lors de l'accouchement, ophtalmie purulente, risque d'infection disséminée.

- Diagnostic microbiologique :

- Prélèvement génital de l'écoulement urétral (le matin avant émission d'urine), et chez la femme prélèvement des sécrétions cervicales

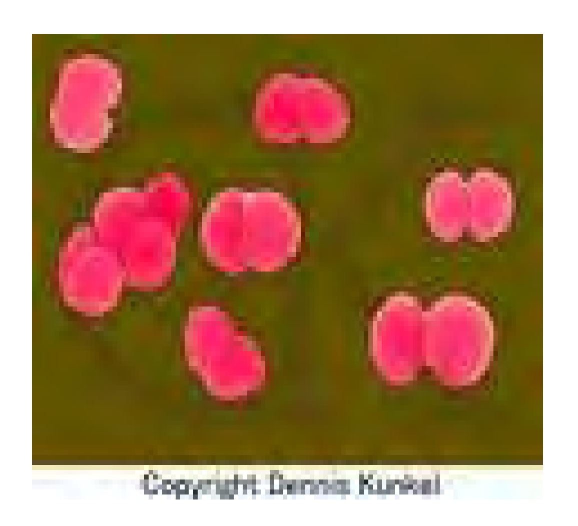
- Examen direct : n'est interprétable que pour les prélèvements génitaux masculins (flore plurimicrobienne chez la femme). Après coloration de Gram : diplocoque Gram négatif à l'intérieur des polynucélaires altérés. La sensibilité de cet examen est proche de de 100% chez l'homme symptomatique, elle est plus faible en l'absence de manifestations cliniques

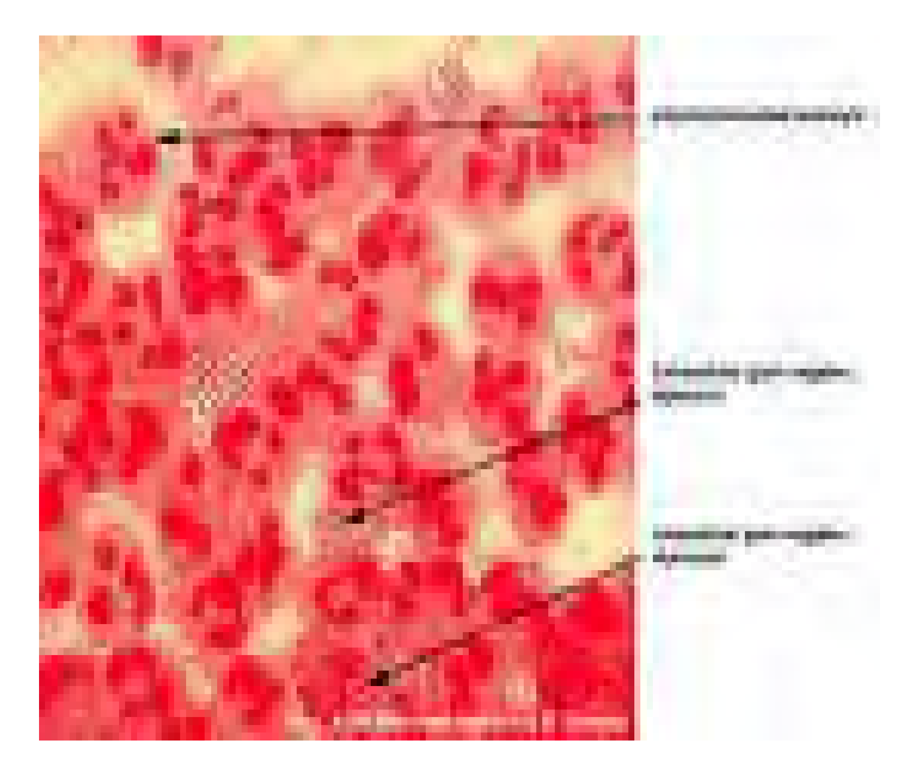
- La culture doit se faire sur gélose au sang cuit avec réalisation de l'antibiogramme pour la détection des résistances en particulier aux β-lactamines (β-lactamase) et fluoroquinolones.

- La recherche de *N. gonorrheoae* par PCR en particulier sur le premier jet urinaire (couplée à la recherche de *C. trachomatis*), PCR duplex (CT/ NG) permet de dépister les sujets asymptomatiques

- Traitement : β-lactamines (ceftriaxone), macrolides (azithromycine).




Copyright Dennis Kunkel



Infections génitales à *Chlamydia trachomatis* :

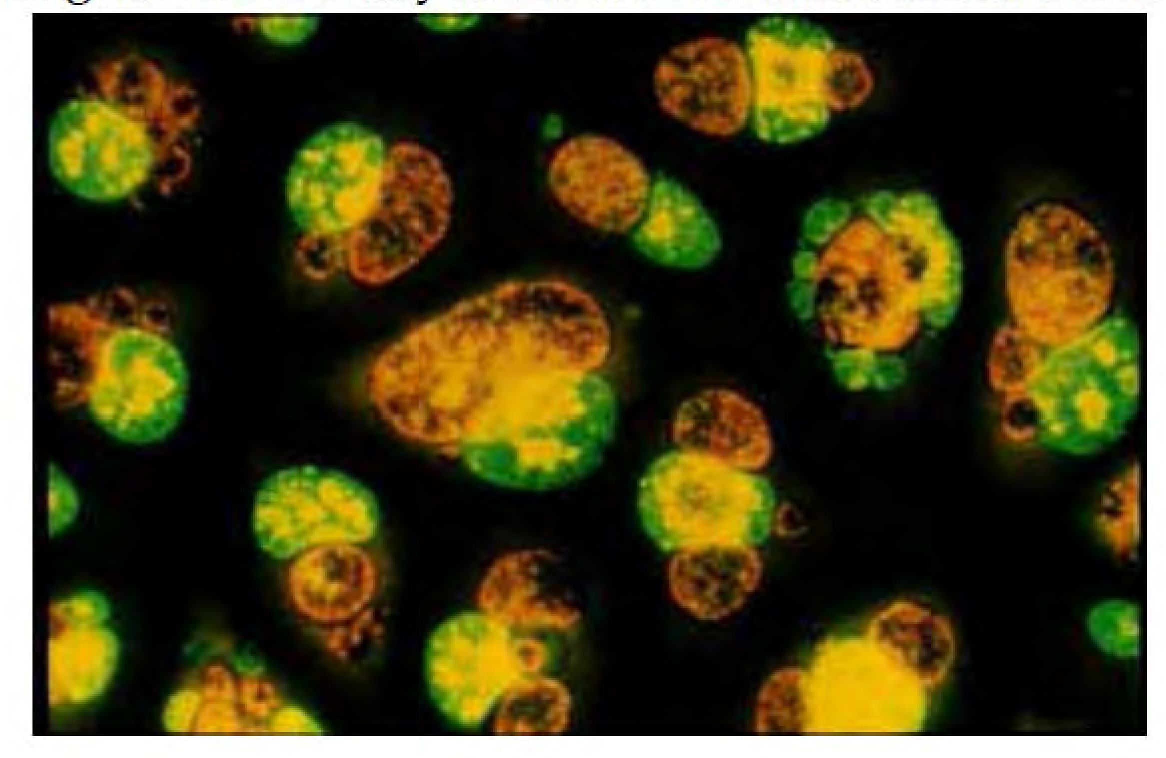
- Agent pathogène : *Chlamydia trachomati,* c'est une petite bactérie intra cellulaire à transmission strictement interhumaine.
- Les sérovars D à K sont responsables des infections génitales hautes et basses. Les sérovars L sont responsables de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ou maladie de Nicholas Favre. Les sérovars A à C sont responsables du trachome.
- Epidémiologie: l'infection génitale (due aux sérovars D à K) est l'une des plus fréquentes IST (30 à 50 % des urétrites non gonococciques ; presque 3% de la population adulte dans les pays industrialisés et 30 à 50 % des salpingites de la femme).
- Le portage asymptomatique est fréquent dont la complication majeure est la stérilité chez la femme

❑ Clinique :

- Incubation : 3 à 30 jours
- Chez l'homme : urétrite subaigue le plus souvent, urétrite non gonococcique (UNG)
- Chez la femme : cervicite le plus souvent asymptomatique, fréquence des formes inaugurales ; salpingite, endométrite, douleurs pelviennes chroniques, périhépatite ou syndrome de Fitz Hugh Curtis (tableau de cholécystite alithiasique), de grossesse extrautérine ou de stérilité tubaire.
- Dans les 2 sexes : Syndrome de Fiessinger Leroy Reiter associant une conjonctivite, une urétrite et une pyélonéphrite (HLA B27 retrouvé chez 80 % des patients).
- Chez le nouveau-né, il y a un risque de contamination néonatale en cas de cervicite au moment de l'accouchement donnant une conjonctivite, une rhinite, une otite ou une pneumopathie.

- Diagnostic biologique :
  - Prélèvements : 1er jet urinaire (homme et femme), prélèvement urétral chez l'homme ou endocervical chez la femme.
  - Les techniques : recherche d'antigènes spécifiques par immunofluorescence directe (IFD), isolement sur culture cellulaire et PCR. La PCR duplex permet le dépistage de *Chlamydia trachomatis* et *N. gonorrheoae* (CT/NG)
  - Sérologie : elle n'est indiqué que pour le diagnostic des infections génitales profondes et leurs complications (résultat négatif dans les urétrites et les cervicites) et pour la surveillance épidémiologique.
- Traitement : Azithromycine, tétracycline.

Antigènes de Chlamydia en immunofluorescence directe



Lymphogranulomatose vénérienne

- elle rare en dehors des zones endémiques (régions tropicales et subtropicales). La phase d'incubation est en moyenne de 20 à 35 jours. Deux tableaux cliniques peuvent se voir : adénite inguinale et rectite aigue.
- Le diagnostic se fait par PCR sur un prélèvement de pus ganglionnaire (et prélèvements rectaux chez l'homme) et la sérologie.
- Traitement : Doxycycline, érythromycine.

Syphilis

- Agent pathogène : *Treponema pallidum,* bactérie appartenant à la famille des spirochètes, caractérisée par sa forme spiralée et sa mobilité. Elle est non cultivable.



- Epidémiologie : contamination par contact sexuel direct (95% des cas).

Recrudescence des cas depuis le début les années 2000 en particulier chez les patients infectés par le VIH.

❑ Clinique :

- L'incubation est de 3 semaines en moyenne (10 à 90 jours)
- Clinique : en l'absence de traitement, la syphilis évolue en 4 phases :

- Phase primaire : correspond au chancre syphilitique ; ulcération siégeant au niveau des organes génitaux externes ou des muqueuses génitales. Elle est le plus souvent unique, indolore, bien limité reposant sur une base indurée avec adénopathie inguinale uni ou bilatérale indolore et non inflammatoire

- Syphilis secondaire : manifestations cutanéomuqueues (roséole, syphilide, plaques muqueuses)

- Phase de latence de longue durée (en moyenne 15 ans)

- Syphilis tertiaire en cas de traitement incorrect ou inexsistant : localisations viscérales cardiovasculaires ou osseuses, neurosyphilis

- Diagnostic biologique :

- Diagnostic direct : utile au stade de chancre syphilitique. Les sérosités sont prélevées par raclage du fond de l'ulcération, l'examen direct au microscope à fond noir permet de mettre en évidence les tréponèmes sous forme de bactéries spiralées et très mobiles.
- La PCR multiplex permet de rechercher *Treponema pallidum, Haemophilus ducreyi* et HSV2.
- Diagnostic indirect sérologique : il se fait par 2 tests VDRL et TPHA (TPHA se positive à J10 et le VDRL à J15 après l'apparition du chancre syphilitique) :
- VDRL et TPHA positifs: syphilis
- VDRL positif et TPHA négatif : réaction faussement positive
- VDRL négatif et TPHA positif : cicatrice sérologique d'une syphilis ancienne

- Traitement : à tous les stades de l'infection : pénicilline G (Extencilline)

Chancre mou

- Agent pathogène : *Haemophilus ducreyi* ou bacille de Ducrey. C'est un petit bacille à Gram négatif, fragile et très exigeant.
- Clinique : la phase d'incubation est brève en moyenne 2 à 5 jours. L'aspect clinique est le plus souvent évocateur : ulcérations unique ou multiples, ovalaires de 5mm à 1,5 cm à bords décollés avec présence d'un double liseré jaune et rouge. Le fond est recouvert d'un enduit puriforme et la base est non indurée. Les adénopathies sont toujours présentes de siège inguinal et ont un caractère inflammatoire (bubon) pouvant se fistuliser à la peau.

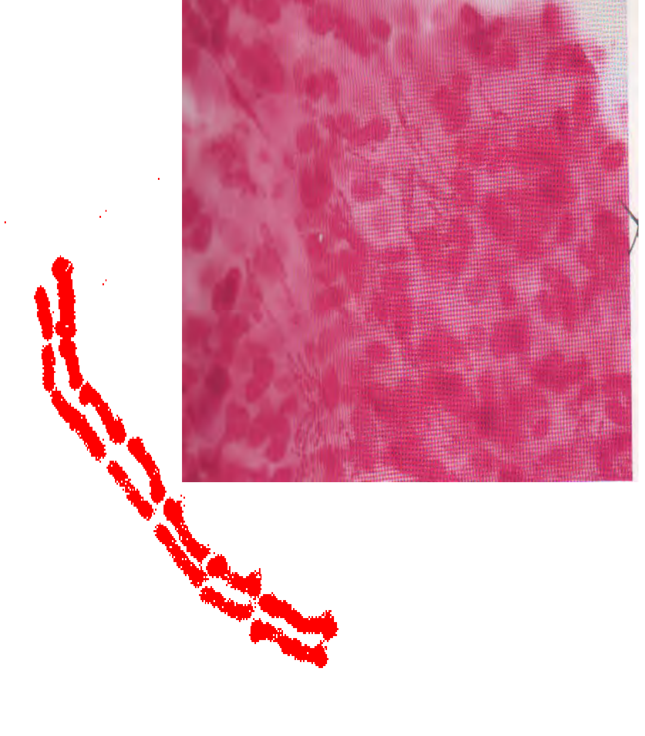
❑ Diagnostic :

- Prélèvement : se fait par grattage de l'ulcération.
- Examen direct : met en évidence des bacilles Gram négatif à coloration bipolaire à l'intérieur des polynucléaires. Certains bacilles extracellulaires se regroupent en chainettes donnant parfois un aspect pathognomonique « en chaine de vélo ».
- La culture est difficile (bactérie exigeante) nécessitant des milieux riches et contenant des antibiotiques inhibiteurs (des autres bactéries présentes dans le prélèvement).
- La PCR multiplex permet de rechercher simultanément les microorganismes responsables d'ulcération génitale (*Treponema pallidum, Haemophilus ducreyi* et HSV2).
- Il faut toujours penser à un chancre mixte d'où la réalisation systématique d'une sérologie syphilitique.

❑ Traitement : Doxycycline, macrolides (érythromycine, azithromycine).

emophilus ducreyi;coloration de Gra

Chaînes de



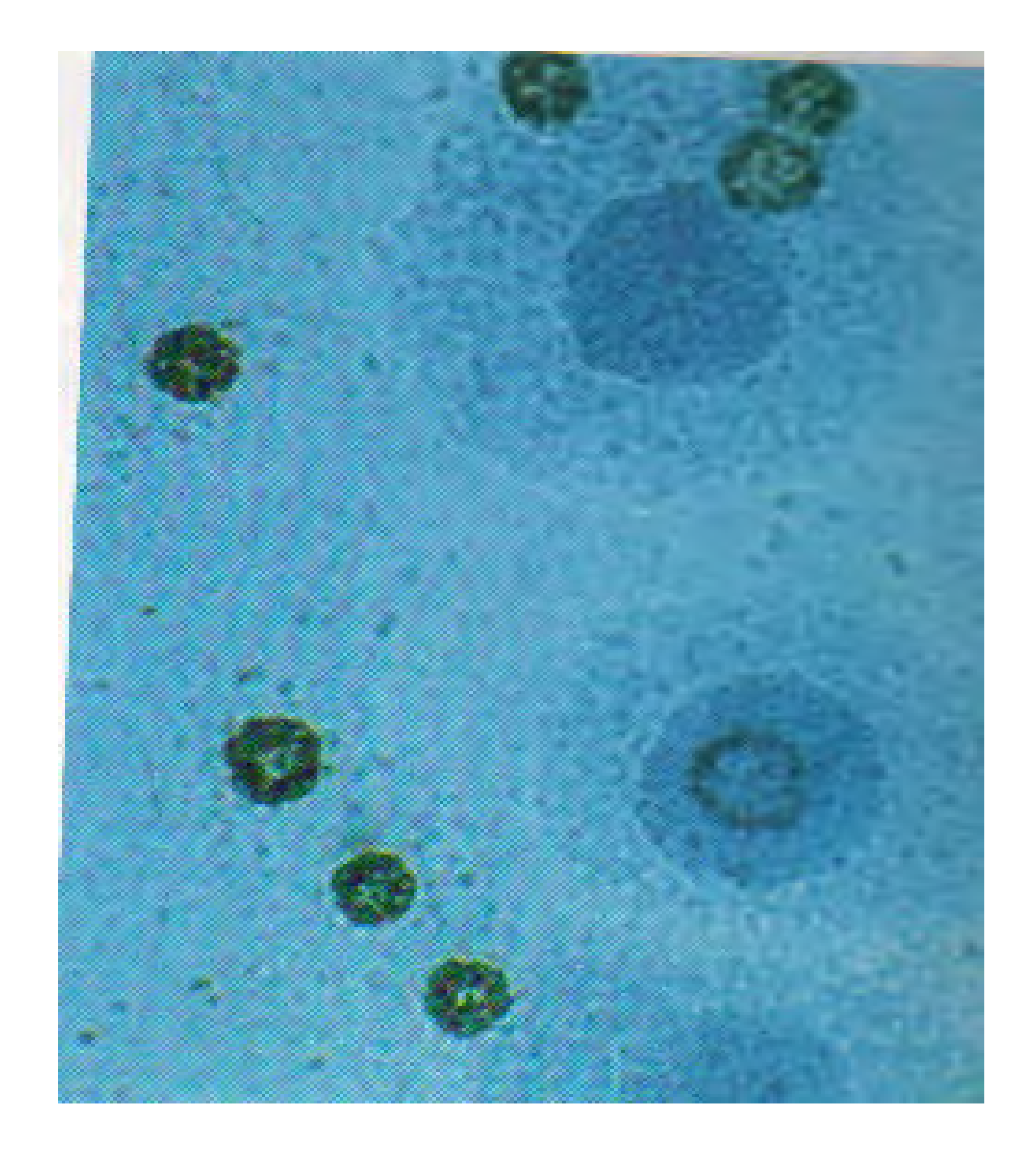
Infections génitales à mycoplasmes

- Les mycoplasmes sont de petites bactéries sans paroi. Trois principales espèces peuvent être responsables d'infections génitales :
- Ureaplasma urealyticum est responsable d'urétrite non gonococcique
- Mycoplasma hominis : cervico-vaginite
- Mycoplasma genitalium : urétrite non goncoccique
- *U. urealyticum* et *M. hominis* appartiennent à la flore commensale des voies génitales. Leur présence intermittente varie avec de nombreux paramètres (âge, activité sexuelle, contraceptifs oraux…..). Cette colonisation rend difficile l'appréciation de leur pouvoir pathogène.

- Diagnostic biologique :

- Prélèvements : urétral et cervico-vaginal
- Isolement par culture pour *U. urealyticum* et *M. hominis*. Elle se fait sur milieu liquide en utilisant des kits prêts à l'emploi. Leur présence n'est considérée pathogène que si le taux est ≥ 10^4 UCC/ml de sécrétions génitales. La culture sur milieu solide donne de très petites colonies visibles au microscope optique avec des aspects caractéristiques « d'œuf sur le plat » pour *M. hominis* et « d'oursin »pour *U. urealyticum*.
- L'identification se fait par des galeries biochimique
- *M. genitalium* a un pouvoir pathogène certain. Cette espèce est non cultivable, le diagnostic ne peut se faire que par PCR
- La sérologie n'a aucun intérêt pour le diagnostic

- Traitement : Tétracycline, macrolides (érythromycine, azithromycine) et fluoroquinolones



Infection génitale à *Gardnerella vaginalis*

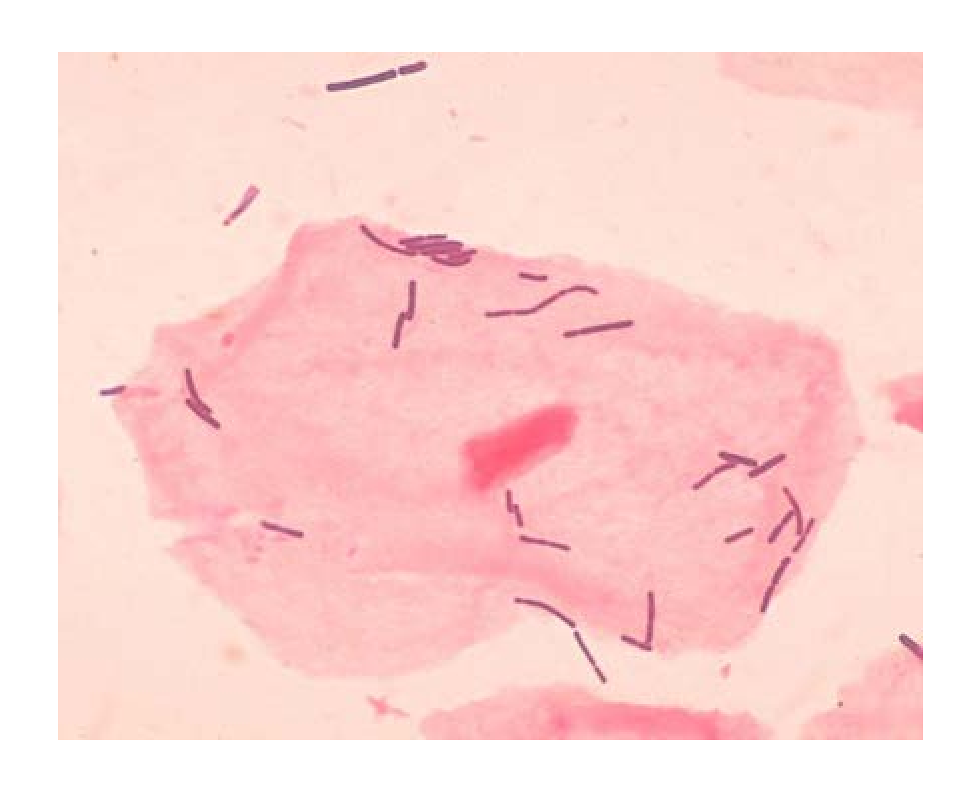
- *Gardnerella vaginalis* est une bactérie en forme de bacille Gram négatif, commensale du vagin, elle est présente chez 10% des femmes

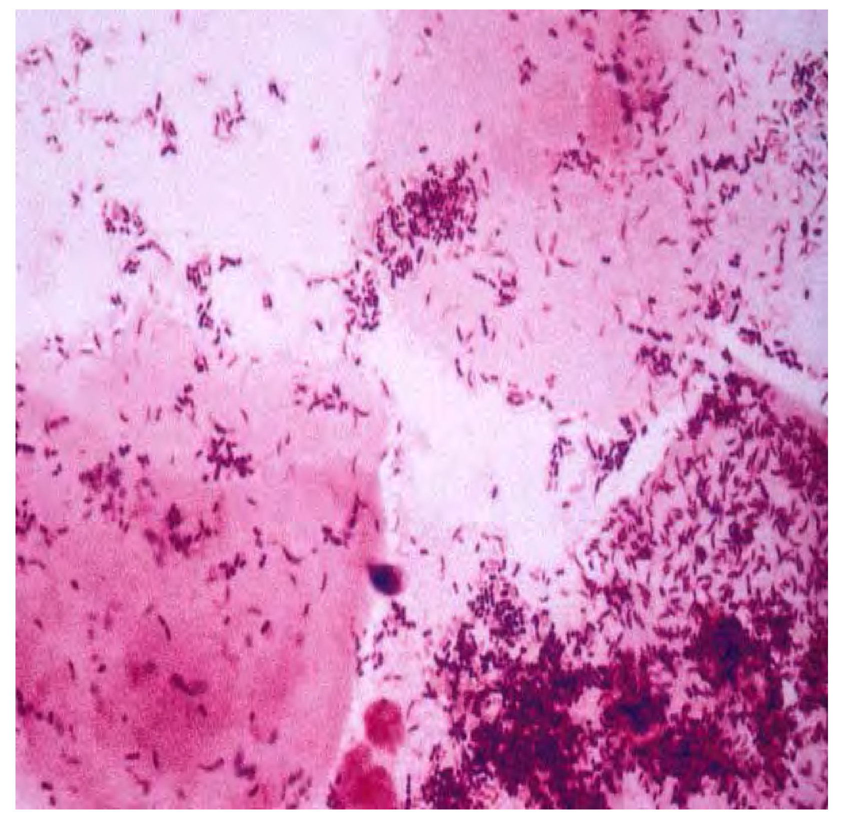
- Pour être pathogène, elle doit être associée à des bactéries anaérobies. Elle est responsable de vaginite dont l'élément caractéristique est la mauvaise odeur de poisson pourri des leucorrhées. Celles-ci sont grisâtres, fluides, peu abondante et adhérentes à la paroi vaginale.

❑ Diagnostic :

- Prélèvement : leucorrhées
- Test à la potasse (Sniff test) qui révèle par application d'une goutte de potasse à un prélèvement de leucorrhées, l'odeur caractéristique de poisson pourri.
- Examen direct : frottis non inflammatoire, présence de « clue –cells » : cellules épithéliales tapissées de bactéries.
- Culture sur milieu au sang donnant de petites colonies grises ayant une hémolyse type β.

❑ Traitement : Métronidazole seul ou associé à l'amoxicilline

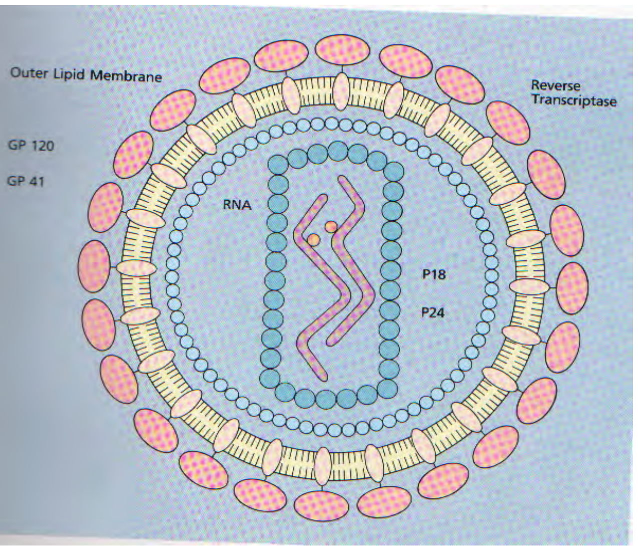




Principales IST virales

Infection due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

- **Virologie** : Virus appartenant à la famille des Rétroviridae, genre lentivirus. C'est un virus à ARN simple brin, enveloppé, caractérisé par une enzyme la transcriptase inverse ou la réverse transcriptase qui réplique l'ARN viral en ADN double brin s'intégrant dans le génome cellulaire (provirus). Il est caractérisé également par sa grande variabilité génétique.



- **Epidémiologie** : pandémie mondiale ; en 2015, 37 millions de personnes sont infectées dans le monde.
- L'Algérie est un pays de faible prévalence (< 0,1%). Jusqu'au 31 décembre 2015, 9843 personnes sont infectées ; 8192 séropositifs et 1651 cas de sida.
- La transmission est essentiellement sexuelle, elle peut être sanguine ou verticale (mère-enfant).

- **Clinique** : l'infection est chronique et lente évoluant en 3 phases

- Primo-infectin : des signes cliniques accompagnent la primoinfection dans plus de la moitié des cas, pouvant associer fièvre, pharyngite, polyadénopathies, exanthème, syndrome mononucléosique simulant une infection à Epstein- Barr Virus EBV
- Latence clinique : phase asymptomatique qui peut durer 10 à 15 ans en l'absence de traitement. Pendant cette phase, le virus se réplique continuellement dans les gites lymphoides, le nombre des lymphocytes CD4 va lentement diminuer.
- SIDA maladie : caractérisée par des infections opportunistes

❑ **Diagnostic biologique** :

- Dépistage : mise en évidence des anticorps antiVIH en utilisant des tests combinés anticops antiVIH associés à l'antigène P24. Ce sont des tests mixtes VIH1 et VIH2 réalisés le plus souvent par des techniques immunoenzymatiques ELISA ou des tests rapides.
- La confirmation se fait par *Western blot*
- Pour le suivi : mesure de la charge virale par des techniques de biologie moléculaire PCR

❑ **Traitement** : par trithérapie : association d'inhibiteurs nucléosidiques , non nucléosidiques de la reverse transcriptase et inhibiteurs de la protéase.

Hépatite B

- Virus de l'hépatite B (HBV) : c'est un virus à ADN, enveloppé. Il possède plusieurs antigènes : d'enveloppe (Ag Hbs), de capside (Ag Hbc) et un antigène témoin de la multiplication virale (Ag Hbe). Ces antigènes induisent la formation d'anticorps spécifiques.
- C'est un virus extrêmement contagieux, il est présent dans tous les liquides biologiques. La contamination se fait essentiellement par voie sanguine ou sexuelle.

❑ Clinique :

- Phase d'incubation en moyenne 10 semaines
- Absence de symptomatologie génitale
- Phase d'état : hépatite aigue avec ictère et élévation des transaminases hépatiques. La forme anictérique est plus fréquente (70 à 80% des cas). Exceptionnellement une hépatite fulminante (< 1%)
- Evolution : vers une hépatite chronique dans 5 à 10% des cas puis la cirrhose et l'hépatocarcinome

- Le diagnostic : est basé sur les sérologies. L'Ag Hbs apparait le premier, ensuite les IgM antiHbc. L'Ag Hbe est présent pendant la phase aigüe. Les anticorps antiHbs ne sont présents que plus tardivement. La guérison est affirmée par la présence d'anticorps antiHbs et antiHbc. Le portage chronique est confirmé par la présence d'Ag Hbs et l'absence d'anticorps antiHbs. En cas de vaccination, seuls les anticorps antiHbs sont présents.
- La prévention est basée sur la vaccination.

Infection génitale due aux Papillomavirus

- Agent pathogène : Humain Papillomavirus (HPV) ; virus à ADN infectant les kératocytes dont il existe plus de 100 génotypes, dont seuls certains sont oncogènes (cancer du col utérin, carcinome anal)
- Virus à ADN bicaténaire, de 7800 paires de bases, nu. Il existe plus de 100 génotypes dont plus d'une quarantaine ont tropisme pour les muqueuses anogénitales. Le virus se développe selon un mode épisomique mais peut s'intégrer dans le génome cellulaire. Il est alors incriminé dans la génèse des lésions précancéreuses du col de l'utérus surtout pour certains sérotypes dits à haut risque oncogène 16, 18, 31,33, 35, 39, 45, 51, 52.
- D'autres sont plus rarement associés à une lésion dysplasique, ils sont dit à bas risque comme les HPV 6, 11, 26, 34, 40 à 44.

- Epidémiologie : la contamination est le plus souvent sexuelle. La transmission verticale mère-enfant est possible. La prévalence du virus peut varier de 3 à 20% dans la population générale. Les condylomes ont une prévalence 2 fois plus supérieure à celle de l'herpès génital. Chez les patients infectés par le VIH, les infections à HPV sont plus fréquentes, plus étendues et plus fréquemment responsables de cancers.
- Clinique :
- Incubation variable de 1 mois à 1an
- Les condylomes acuminés (végétations vénériennes ou crêtes du col) sont associés à des HPV non oncogènes (génotypes 6, 11)
- Les dysplasies, le carcinome in situ et le cancer invasif sont associés aux génotypes oncogènes (16, 18, 31, 35)

- Diagnostic :
- Diagnostic histologique : lésions de bas grade (atypies cellulaires, koilocytose, parkératose), lésions de haut grade (carcinome in situ)
- Diagnostic virologique : les HPV sont des virus non cultivables et ne sont détectables que par des techniques de biologie moléculaire. Les techniques actuellement utilisables sont la PCR et la capture d'hybride qui utilise des sonde ARN spécifiques

- Traitement : il n'existe aucun traitement antiviral spécifique.
- Traitement local : traitement topique (fluorouracile).
- Traitement médicochirurgical (cryothérapie, électrorésection, électrocoagulation, exérèse).

- Prévention : par vaccination. Il existe 2 vaccins ; un vaccin bivalent (génotypes 16 et 18) et un vaccin quadrivalent (génotypes 16, 18, 6 et 11). L'OMS recommande de vacciner les filles âgées de 9 à 13 ans avant le début de l'activité sexuelle. La vaccination chez l'homme est discutée.

Herpès génital

- **Epidémiologie** : en raison de sa fréquence, l'herpès génital constitue la 2ème IST chez l'homme et la femme. Elle reste un problème de santé publique en raison de sa haute contagiosité, de la fréquence de ses récurrences et de la gravité de ses manifestations chez les immunodéprimés et les nouveau-nés.
- Le plus souvent, c'est l'*Herpes simplex virus* type 2 (HSV2) qui est en cause dans l'herpès génital. Cependant, de plus en plus de cas d'herpès génital (près de 20 % actuellement) sont liés l'*Herpes simplex virus type 1* (HSV1), virus habituellement responsable de l'herpès labial.
- Les antiviraux permettent de réduire la sévérité des manifestations cliniques mais à ce jour aucun médicament ne permet d'éliminer le virus de l'organisme infecté.

- **Virologie**: *Herpes simplex virus* (HSV) appartient à la famille des Herpesviridae qui comprend en outre le virus de la varicelle zona (VZV), le cytomégalovirus (CMV) et le virus d'Epstein-Barr (EBV). Il s'agit d'un virus à ADN enveloppé de 152 kb. Lors de la primoinfection , le virus se multiplie au niveau de la porte d'entrée qu'elle soit pharyngée ou génital. Les virus peuvent ensuite rester quiescents dans des gites dermoneurotropes et ne s'expriment que sous l'influence de facteurs déclenchant donnant des récurrences

- **Clinique** : la primoinfection peut être asymptomatique ou se manifeste par une éruption multivésiculeuse douloureuse au niveau des organes génitaux externes ou du périné. Les récurrences sont fréquentes siégeant généralement au même endroit et sont annoncées par des prodromes : prurit, brulure et picotement localisé.

- **Diagnostic** : le diagnostic est clinique le plus souvent. Le diagnostic virologique n'est utile que dans les formes atypiques ou dans certaines situations particulières qui nécessitent un traitement d'urgence.

- Culture cellulaire : reste l'examen de référence donnant un effet cytopathogène (cellules rondes, réfringentes et confluentes). La détection dans les cultures des antigènes ou de l'ADN viral se fait par technique d'immunofluorescence directe spécifique du type viral grâce à des anticorps monoclonaux anti HSV1 ou antiHSV2
- Détection des antigènes viraux directement dans le prélèvement par des méthodes immunoenzymatiques ou immunofluorescenc spécifiques du type viral
- Détection de l'ADN viral par PCR seulement indiqué pour le LCR en cas de suspicion d'encéphalopathie herpétique.
- Sérodiagnostic : intérêt limité aux études de séroprévalence

- **Traitement** : il est basé sur les antiviraux par voie général lors des primoinfections et des épisodes de récurrences. L'aciclovir et la vasaciclovir sont les plus utilisés.

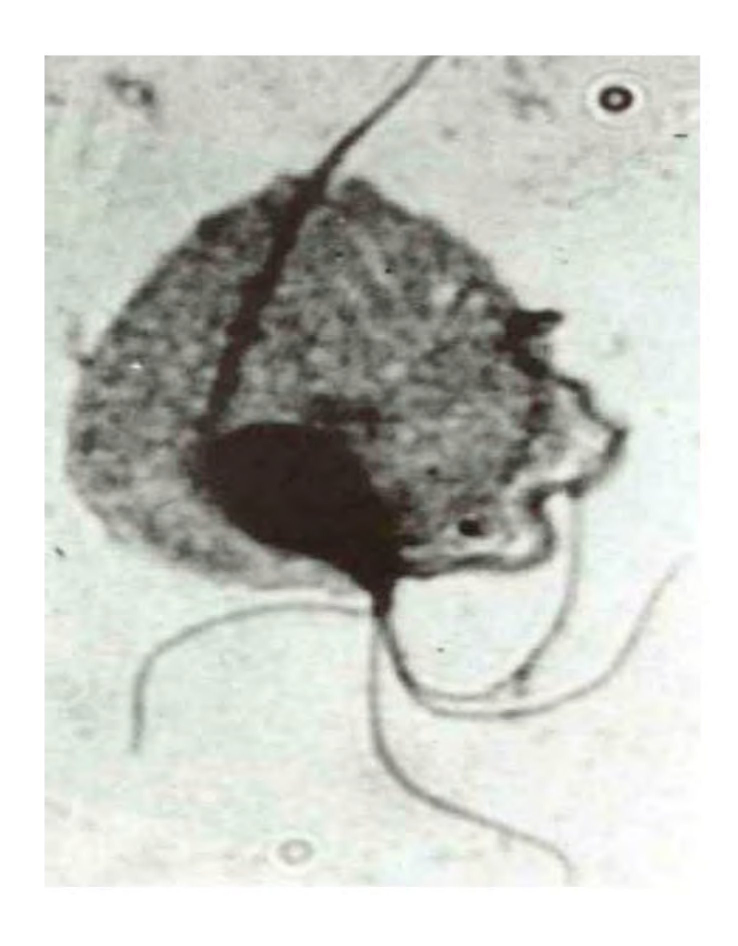
Infection à Cytomégalovirus (CMV)

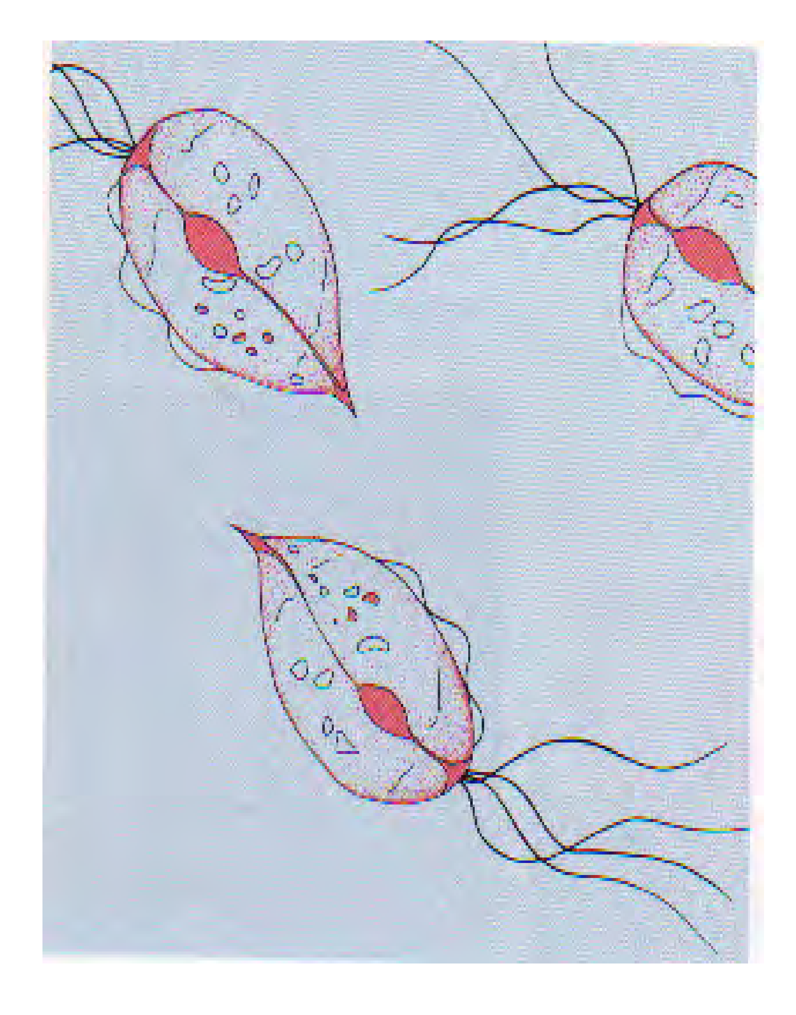
- Le CMV est un virus à ADN de la famille des Herpesviridae.
- La transmission par voie sexuelle n'est qu'un des modes de contamination possible. Il n'y a pas de symptômes génitaux.
- L'intérêt lié à ce virus est le risque d'atteinte fœtale. Il constitue la principale cause de fœtopathies et malformations neurosensorielles acquises in utéro.

Autres étiologies

Trichomonas vaginalis

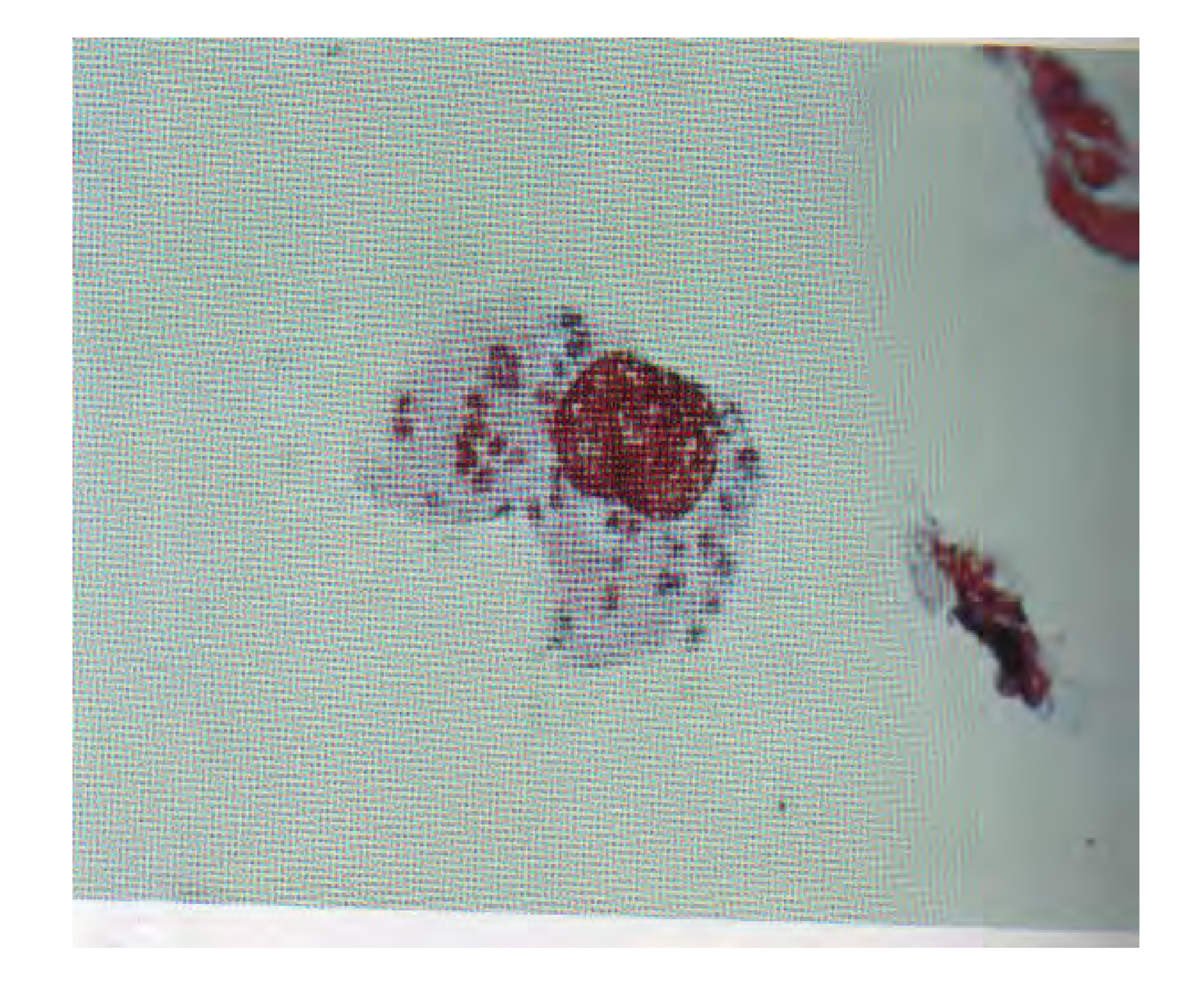
- C'est un protozoaire mobile d'une taille équivalente à celle d'un gros lymphocyte et possède 3 à 4 flagelles et une membrane ondulante.
- Chez la femme, il est responsable de leucorrhées jaune verdâtres, mousseuses, brulures et prurit vulvaire.
- Chez l'homme : écoulement urétral avec brulures mictionnelles et dysurie.
- Diagnostic : Prélèvements sont représentés par les sécrétions vaginales, un prélèvement urétral ou les urines chez l'homme.
- L'examen direct au microscope optique (à l'état frais) permet de mettre en évidence le parasite. Il n'y a pas d'intérêt à réaliser une culture.
- Traitement : Métronidazole.





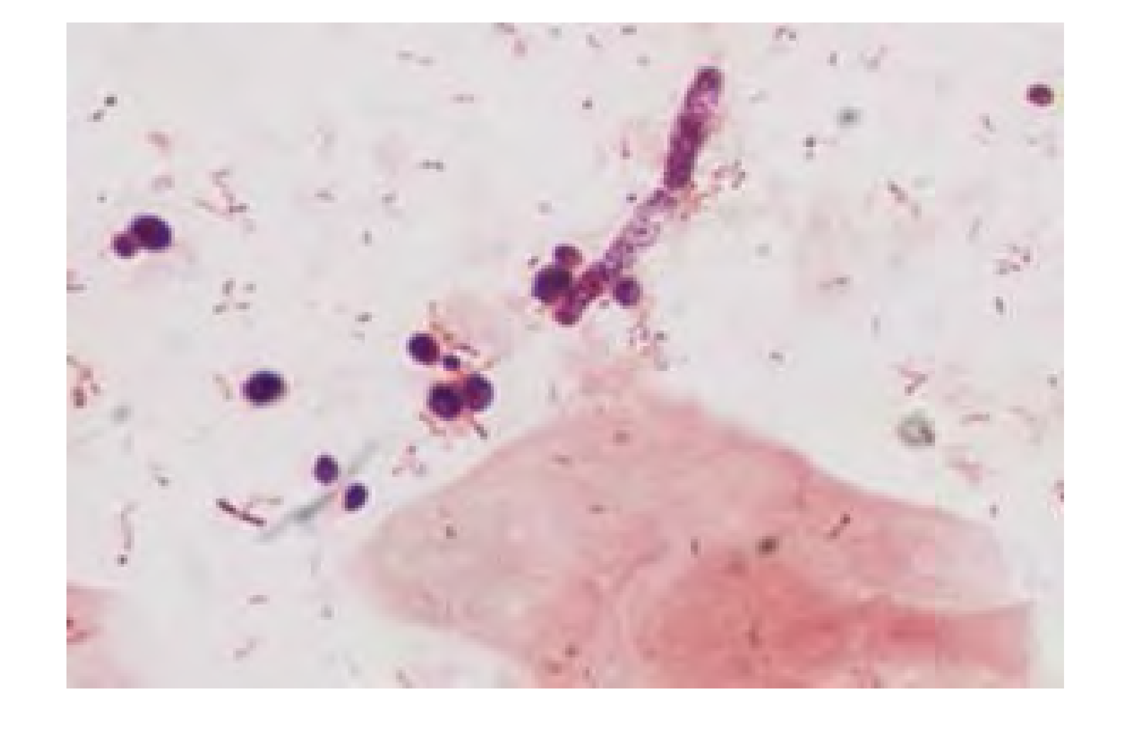
Donovanose

- due à *Klebsiella* ou *Calymmatobacterium granulomatis* ; c'est un petit bacille Gram négatif non cultivable sur milieu ordinaire acellulaire, culture cellulaire possible.
- Les zones d'endémie sont : Inde, Australie, Guinée, Afrique du sud, Brésil.
- Clinique : l'incubation est en moyenne de 50 jours. L'infection se manifeste par des ulcérations bourgeonnantes génitales ou anales, indolores et sans adénopathies satellites.
- Diagnostic : la présence sur le frottis de raclage de l'ulcération, de bacilles Gram négatif dans les histiocytes prenant une coloration bipolaire (corps de Donovan). Ceci peut être complété par un examen histopathologique et par PCR.
- Traitement : Doxycycline.

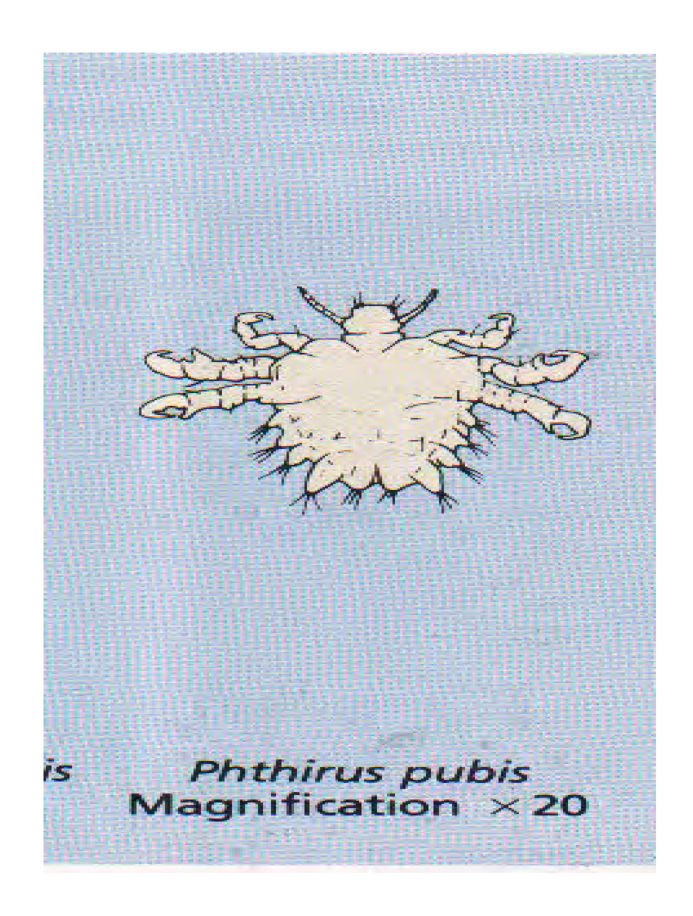


Candida albicans

- Peut être transmis par voie sexuelle. Il est responsable de vaginite prurigineuse avec aspect blanchâtres caillebottées caractéristique des leucorrhées et une balanite chez l'homme. Le diagnostic se fait par examen direct (visualisation des levures bourgeonnantes et des filaments mycéliens) et par culture sur milieu spécifique.
- Traitement : par des antifongiques



- **<u>Phtirius pubis</u>** : ectoparasite responsable de la phtiriase du pubis qui se manifeste classiquement par un prurit pubien.



Démarche diagnostique

- varie selon les signes cliniques et doit être basé sur des algorithmes décisionnels. Elle consiste à regrouper les différentes IST en différents signes ou syndromes (ensemble de signes cliniques)

- L'OMS distingue ainsi 7 algorithmes décisionnels : écoulement uréthral, ulcération génitale, adénopathie inguinale, gros testicule, leucorrhées, douleur pelvienne, conjonctivite néonatale. L'approche algorithmique permet la prise en charge correcte de la plupart des syndromes, notamment en cas d'ulcération génitale et d'écoulement génital masculin. Elle permet de traiter les patients en urgence sans attendre les résultats des examens complémentaires mais le patient doit être revu ultérieurement. En revanche cette approche est peu adapté pour les leucorrhées et ne prend pas en compte toutes les IST ni l'ensemble des formes cliniques.

Prévention

- Prévention primaire :
  - ✓ éducation des personnes à risques et information sur les moyens utilisables pour réduire le risque de transmission (préservatif, abstinence ou fidélité)
  - ✓ vaccination : pour 2 virus VHB (hépatite B) et HPV
- Prévention secondaire :
  - ✓ prise en charge curative efficace des personnes infectées et leurs partenaires sexuels
  - ✓ dépistage des infections asymptomatiques (VIH, hépatite B et la syphilis).